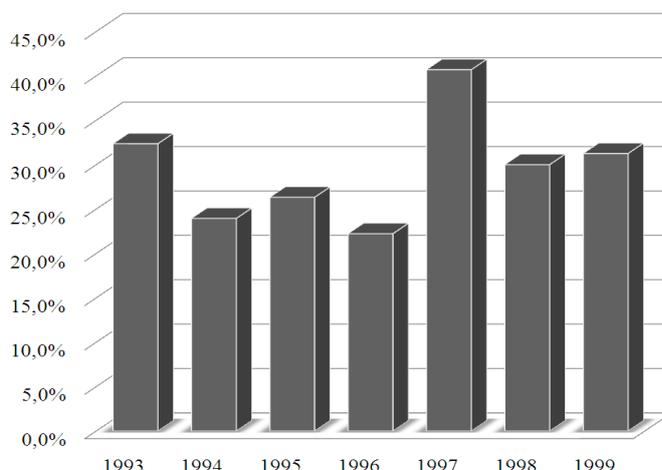


Диаграмма №2
Распространённость остеопенического синдрома у детей г. Семей по годам



В итоге была выделена группа школьников численностью 183 человека (мальчиков 79, девочек 104) с установленным предположительным диагнозом СНМПК.

Проведённое на втором этапе инструментальное подтверждение дефицита минерализации костной ткани 13 школьникам выявило отклонение Z-критерия более чем у 85% (11 из 13 человек).

Выводы.

Учитывая прямую корреляцию между группой подвергшейся денситометрии и группой выделенной с предположительным диагнозом СНМПК, сделаны следующие выводы:

1. Каждый третий школьник г.Семей страдает остеопеническим синдромом;
2. Среди девочек частота встречаемости незначительно больше 54,8% и 44,2% соответственно;
3. Наибольшая частота встречаемости отмечается в пубертате (13 лет);
4. Клинически значимыми факторами реализации СНМПК признаны ортопедическая патология и кариес, наименее значимыми – отягощенный семейный анамнез.

Зерттеудің мақсаты, Семей қаласындағы оқушылардағы остеопенияның жиілігін және құрылымын анықтау болып табылады. Қорытынды: әр бір үшінші оқушыда остеопениялық синдром анықталды, оның көп бөлігі пубертатты кезеңге сәйкес келеді.

The research objective consists in definition of frequency and structure of risk factors of development osteopenia at schoolboys city Semey. Conclusions are as a result drawn: every third schoolboy suffers osteopenia a syndrome, the greatest frequency is marked in pubertatis period.

Литература:

1. Лесняк О.М., Беневоленская Л.И. «Остеопороз. Клинические рекомендации» М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010
2. Торопцова Н.В., Беневоленская Л.И., Никитинская О.А. «Остеопороз: клинические рекомендации», Лечащий врач, 2006, №10
3. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA 2001; 285: 785–95.
4. Насонов Е.Л. «Остеопороз: стандарты диагностики и лечения» Consilium Medicum Том 3/№ 9/2001
5. Пресс-конференция Казахстанской ассоциации врачей по остеопорозу.
6. Марк Синовац «Научно-практическая конференция по проблемам остеопороза» Казахстанский Фармакологический вестник, 21(265), 2006 г.
7. Почкайло А.С., Руденко Е.В., Жерносек В.Ф., Руденко Э.В. «Проблема остеопении и остеопороза у детей», Медицина, 2007. № 4, С. 41–45
8. Мальцев С.В., Архипова Н.Н. «Фосфатно-кальциевый обмен у детей» КГМА
9. Богданова А.В. «Оценка факторов риска снижения минеральной плотности костей у школьников г. Казани»

ӘӨЖ 613.953

ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ТАМАҚТАНУ ТҮРІНЕ БАЙЛАНЫСТЫЛЫҒЫ

О.В. Пайль

Семей қалалық №2 клиникалық перезентхана,

Баланың қалыпты өсіп-дамуы, денсаулығы үшін тек омырау сүтімен тамақтандыруды БДД ұсынған. Қазіргі таңда БДД ұсанынып отырған омырау сүтімен тамақтандыру ұзақтығын тек дамып келе жатқан елдермен қатар индустриясы өркендеген елдерге де қатысы бар. Осы ұсыныстардың ғылыми негізі

бірқатар әдеби шолуларда жарияланып, БДД сараптамасының кеңестік отырысына даярланған [1,2].

Жұмыстың мақсаты: ерте жастағы балалардың денсаулық жағдайы мен дамуының бір жасқа дейінгі тамақтандыруды ұйымдастыру ерекшелігіне байланыстылығына салыстырмалы анализ жүргізу.

Зерттеу 2008-2010 жыл аралығында уақытында жетіліп туған 131 балаға жүргізілді. Аналардың акушерлік анамнезі (жасы, жүктіліктің өтуі, босану жағдайы), балалардың салмақ-бой көрсеткіштері, баланы алғаш омырауға салу уақыты, нәресте кезеңінің өту ерекшеліктері ескерілді. Балалар 1 жасқа дейін дәрігемен ай сайын 1 рет, 3 жасқа дейін 3 айда 1 рет қаралды. Балалардың тамақтану статусына, антропометриялық мәліметтеріне, дамуына, аурушандылығына, клиникалық-лабораториялық (ЖҚА, ЖЗА, копрология) тексерулеріне анализ жүргізілді. Зерттеу жүргізілген балаларды 4 топқа бөлдік. 1-топ омырау сүтімен 3 айға дейін тамақтанғандар, 2-топ омырау сүтімен ұзақ (6 айдан артық) тамақтанғандар, 3 және 4 топтар жартылай және толық бейімделген жасанды сүт қоспаларымен тамақтанған балалар құрады.

1 жасқа дейінгі балалардың тамақтануының сипаты балалардың денсаулық жағдайына және келесі 3 жасқа дейінгі дамуына әсері келесідей: ұзақ табиғи тамақтануда (2-топ) болған балалардың алғашқы 6 айда салмақ және бойы, ал жартылай бейімделген (3-топ) сүт қоспаларымен тамақтанғандардың дене салмағы көрсеткіштері жоғары болды. 6 айдан 3 жасқа дейінгі физикалық дамуында нақты айқын айырмашылықтар анықталған жоқ. Бірақ ұзақ уақыт табиғи (1 топ) тамақтануда болған балалардың 2 жасқа дейін өсу қарқыны басқа топтарға қарағанда жоғарылау тенденциясын көрсетті. Моторлық функцияның қалыптасуының тамақ түріне нақты байланыстылығы анықталған жоқ. Ал тамақтану түрінің ауыршандылық жағдайына әсеріне келетін болсақ, ұзақ табиғи тамақтануда бірінші орында ЖРВИ 11-14 ай аралығында анықталса, осы топтағы балалар ЖРВИ 3 жасқа дейін нақты сирек ауырғаны тіркелді. Ал жартылай бейімделген жасанды сүт қоспасымен тамақтанған балаларда ЖРВИ аурушандылық жоғары болды, яғни 1 жасқа дейін 32%, 2 жасқа дейін 39% және 3 жасқа дейін 57% құрады. Жасанды тамақтануда болған балалармен салыстырғанда қысқа уақыт табиғи тамақтануда болған балаларда 1 жасқа дейін ауыршандылық 17%, 2 жасқа дейін 23% төмен болды. Бірақ, 3 жасқа дейінгі балаларда бұл ауыршандылық көрсеткіші бейімделген

жасанды сүт қоспасымен тамақтанған (4 топ) балалар көрсеткішінен айырмашылығы болған жоқ (42%). Ұзақ уақыт табиғи тамақтануда (2-топ) болған балаларда ауыршандылық басқа топтағы балалармен салыстырғанда нақ төмен болды, яғни тамақтық аллергия (3 жас), анемия (2жас), асқазан - ішек жолдарының функционалдық өзгерістерінің таралуы. Айта кету керек, қысқа табиғи тамақтануда болған балаларда (1 топ) анемия, тамақтық аллергияның дамуы, масса-бой көрсеткіштері бейімделген жасанды сүт қоспасымен тамақтанған (4 топ) балалардағы көрсеткіштермен салыстырғанда нақты айырмашылық болған жоқ. Сонымен қатар, жартылай бейімделген жасанды сүт қоспасымен тамақтанған (3 топ) балаларда басқа топтағы балалармен салыстырғанда тамаққа тәуелді аурулардың дамуы 3 жасқа дейін нақты жоғары болды. Алынған мәліметтер балалардың 3 жасқа дейінгі физикалық дамуы, 1 жасқа дейінгі балаларда анемияның таралуы, 2 жасқа дейінгі балаларда ЖРВИ жиілігі тамақтану түрін байланысты екенін көрсетеді, ол жақын және алыс шетел зерттеулерімен сәйкес болды [3,4].

Сонымен, 1 жасқа дейінгі балаларда ЖРВИ ауыршандылық, тамақтық аллергияның жиілігі, асқазан-ішек жолдарының функционалдық өзгерістері, физикалық дамудың параметрлерінің 1 жасқа дейін және 2-3 жас аралығында төмендеуі тамақтанудың түріне нақты байланыста болады.

Әдебиеттер:

1. Butte N., Lopez-Alarcon M.G., Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. - Geneva, WHO, 2002. - 47 p.
2. Dewey K., Martines J. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. - Washington, WHO, 2003. - 37 p.
3. Kramer M.S., Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. - Geneva, WHO, 2002. - 47 p.
4. Л.В. Абольян. Практика охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях - М., 2003. - 79 с.

Состояние здоровья детей в раннем возрасте в зависимости от вида вскармливания

О.В. Пайль

Таким образом, установлена достоверная зависимость между видами вскармливания ребенка и заболеваемостью ОРВИ, пищевой аллергией, функциональными нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта, низких параметров физического развития у детей, как до первого года, так и до 3 летнего возраста.

The condition of children condition in early age in depended of type of feeding

O.B. Pail

It is revealing the dependence between types of feeding of child with ARVI, alimentary allergy, functional infringements of gastro-intestinal tract, low parameters of physical development child of first year of life and 3 years old.

ӘӨЖ 616-053.2+616-039.4

ЖИ АУЫРАТ ЫН БАЛАЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Т.С. Шонтасова, О.В. Пайль, Г.М. Сайбекова, Р.С. Ибрагимова, О.М. Орынканова, Е.Г. Белухина
Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Әртүрлі авторлардың мәліметтері бойынша, балалар қауымдастарының арасында жиі ауыратын балалар (ЖАБ) 20%-дан 65%-ды құрайды [1,2]. Инфекция жиілігін еәсер ететін факторлар: иммундық жүйенің дамуының тежелуі, тыныс жолдарының

анатомиялық-физиологиялық ерекшеліктері, әлеуметтік жағдайы. ЖАБ тобындағы балаларда инфекцияның қайталану жиілігі жылына 6 -дан 12-15 ретке дейін. Бірқатар зерттеушілер, ауру балаларда интерферон түзілу процесінің бұзылуын айтады [3]. ЖАБ